Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der
Universität Freiburg i/Br.
Direktor: Geheimrat Prof. H o c h e.

Zur Klinik und Pathogenese der Meralgia paraesthetica (Roth-Bernhardt).

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der Albert Ludwigs-Universität zu Freiburg i. Br.

vorgelegt von

B E R N H A R D M E N N E N

aus Emden.

1933

Buchdruckerei Franz Paffenholz, Köln, Bayenstraße 55-57

Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der
Universität Freiburg i/Br.
Direktor: Geheimrat Prof. H o c h e.

Zur Klinik und Pathogenese der Meralgia paraesthetica (Roth-Bernhardt).

INAUGURAL-DISSERTATION

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Hohen Medizinischen Fakultät

der Albert Ludwigs-Universität zu Freiburg i. Br.

vorgelegt von

B E R N H A R D M E N N E N
aus Emden.

1933

Buchdruckerei Franz Paffenholz, Köln, Bayenstraße 55-57

Gedruckt mit Genehmigung der
medizinischen Fakultät der Universität Freiburg i. Br.

Referent: Dr. Wartenberg.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Roth und Bernhardt haben im Jahre 1895 auf eine isolierte Erkrankung des Nervus cutaneus femoris lateralis hingewiesen, die jetzt allgemein Meralgia paraesthetica genannt wird. Sie fanden im Bereiche dieses Nerven Schmerzen, Parästhesien und Gefühlsstörungen. Als Ätiologie gab Bernhardt längere Märsche, kalte Duschen, Bleivergiftung und vor allem Typhus an.

In demselben Jahre berichtete Näcke über eine Eigenbeobachtung. Er vertrat sich den rechten Fuß und hatte einen 2-3 Stunden anhaltenden Schmerz in der Tiefe des Beckens. Nach 4-5 Tagen verspürte er ein Ziehen im rechten Oberschenkel und hatte das Gefühl, als seien die Muskeln in der rechten Oberschenkelgegend verkürzt und die Faszie abnorm gespannt. Dazu kamen in dem betreffenden Gebiet Parästhesien. Er nimmt als Ursache der Meralgie eine Zerrung des Nerven an. Aus eigener Beobachtung weiß auch von Luzenberger zu berichten, der sich den linken Oberschenkel quetschte und 5 Jahre darauf an einer Tonsillitis follicularis erkrankte. Nach 4-5 Tagen bekam er eine Affektion des linken Nervus cutaneus femoris lat. Er glaubt nun, „das Trauma habe nur in die beteffende Region die wunde Stelle gezeichnet", die für die Schädigung durch die Sekretionsprodukte der Mikroorganismen besonders disponiert gewesen sei. Dieser Auffassung ist viel widersprochen worden. Benda meint, solch schnelle Einwirkung des Giftes auf das periphere Nervensystem sei nicht anzunehmen, auch wenn man an eine durch das Trauma geschaffene Prädisposition und sogar an eine diphtherische Angina denken wolle.

Adler berichtet von einem Bahnbeamten, der viel stehen mußte und an Meralgia paraesthetica erkrankte, und stellt fest, daß Berufe wie Drucker, Schmelzer, Schlosser. Schmiede besonders zu dieser Krankheit disponiert seien, Langes Stehen, größere Märsche, überhaupt jede Überan-

strengung der Beine kann so Ursache der Meralgie werden. Köster konnte bei einem Arzt, der längere Museumsbesuche gemacht hatte, eine Erkrankung des Nerv. cut. fem. lat. feststellen, die bei Schonung heilte, nach 7 Jahren aber nach abermaligem Museumsbesuch wieder auftrat, und zwar diesmal auch am anderen, vorher nicht betroffenen Bein. Überanstrengung des einen Beines infolge Verletzung des anderen fand Donley bei einem Mann als Ursache für die Affektion und Bucelli vermutet dasselbe bei einem Patienten mit rechtsseitiger Meralgie. Dieser trat als Scherenschleifer mit dem rechten Bein das Rad und beanspruchte es so mehr als das linke.

Der Verlauf des Nerven gibt eine Erklärung für seine leichte Verletzlichkeit durch mechanische Einflüsse. Unter dem Poupartschen Band hervor verläuft er einige Zentimeter in einer von der hier sehr straffen Faszia lata gebildeten Scheide. Diese steht mit dem Ligamentum ilio-tibiale in Zusammenhang. Beim Sitzen ist dieser Faszienstreifen entspannt, während beim Stehen ein Druck auf den Nerven ausgeübt wird. Beim Gehen können die sich kontrahierenden Muskeln auf den Nerven drücken. Zu dieser Kompression des Nerven kommt es aber nur bei nicht ganz normaler Lage des Nerv. cut. fem. lat. zu seiner knöchernen Umgebung. Er verläuft normalerweise unmittelbar neben der Spina anterior superior des Darmbeines zwischen zwei Blättern des Ligamentum inguinale externum. Freud fand bei einer Resektion des Nerven diesen 3 cm außen vom Darmbeinstachel verlaufend. Die Entfernung der Umschlagstelle — d. h. derjenigen Stelle, an welcher der Nerv der Crista iliaca anliegt — von der Spina iliaca ant. sup. ist also bei den verschiedenen Menschen und auch sogar bei der einzelnen Person rechts und links nicht immer dieselbe. Aus dieser Lage des Nerven folgert Navratzky erstens das häufige Vorkommen einer einseitigen Erkrankung, zweitens eine gewisse Disposition des Nerven zur Erkrankung. Diese abnorme Lage des Nerven vermutet auch Benda bei einem seiner Patienten, der seit 30 Jahren statt der Hosenträger einen festschließenden schmalen Riemen um die Hüften trug, durch den ein Reiz auf den Nerven ausgeübt werde. Ebenso berichtet Miller von einer Frau, bei der dieser Reiz

durch ein festanliegendes Korsett verursacht war. Bei dieser Frau trat nach Beseitigung des schädigenden Momentes eine wesentliche Besserung der Beschwerden ein.

Roth nennt vier Stellen, an denen der Nerv am meisten einem Druck ausgesetzt ist:

1) wo der Nerv unter dem Muskulus psoas hervorkommt,
2) die Umschlagstelle an der Spina il. ant. sup.,
3) den Verlauf im fibrösen Kanal unter der Faszia lata,
4) den Austritt aus der Faszia lata.

Nach Wertheim befindet sich dicht unterhalb der Spina ant. sup. ein konstanter Druckschmerzpunkt, der sogar vom Patienten gekannt wird. Tobias hat besondere Druckpunkte nicht gefunden.

Good sah die Erkrankung bei einer Frau, die als Wärterin viel mit nassen Füßen in einem kalten Waschhaus im Durchzug stehen mußte. Je mehr sie stand oder ging, desto größer wurden ihre Beschwerden. In diesem Falle kam zur Überanstrengung noch die Kälteeinwirkung hinzu. Kalte Duschen usw. hatte ja auch schon Bernhardt als Ätiologie angegeben. In diesem Zusammenhang sei ein Fall Warda's angeführt. Ein 32jähriger Mann, der wegen einer Perityphlitis längere Zeit einen Eisbeutel auf der Iliocoecalgegend hatte, bekam eine Affektion des linken Nerv. cut. fem. lat. Der Patient hatte allerdings schon ein Vierteljahr vor der Blindarmerkrankung über abnorme Empfindung im Gebiete dieses Nerven geklagt.

Als Frühsymptom einer Tabes konnte Bucelli in zwei Fällen eine Erkrankung des Nerv. cut. fem. lat. feststellen. und auch Bernhardt berichtet von einem Patienten, bei dem zur Meralgie später die Symptome einer Tabes hinzukamen. Bei einem Patienten von Schlesinger verschwanden die Symptome nach einer Schmierkur.

Gicht, Stoffwechselstörungen (Adipositas), Atheromatose, Alkohol und Nikotin werden von vielen Autoren als ätiologische Momente angenommen. Schlesinger stellte in zwei Fällen als Ätiologie eine uratische Diathese fest, bei einem der Fälle kam aber auch eine Atheromathose in Betracht. Bei einem Diabetiker sahen Sabrazès und Ca-

bannes nach einer Grippe das Leiden zuerst links und nach zwei Monaten rechts auftreten. Der Patient litt früher an „toten Fingern" und Urticaria. Nach Hedenius muß aber zu den bisher erwähnten Momenten immer eine besondere Disposition zu nervösen Erkrankungen hinzukommen. Er fand die Krankheit meist bei sehr fettleibigen Frauen, die zu Neuralgien und rheumatischen Beschwerden disponiert seien.

Ein statischer Plattfuß, der sich nach Pal auch nach Vollendung des Skeletts entwickeln kann, ist zu den Ursachen der Meralgia paraesthetica zu zählen. Pal stellte bei einer Kranken einen doppelseitigen Plattfuß, verbunden mit einer doppelseitigen Meralgie fest. Das Bemerkenswerte an dem Fall war, daß links, wo der Plattfuß sehr viel stärker ausgebildet war, auch die Symptome der Meralgie sehr viel stärker n die Erscheinung traten. Eine Patientin von Klimke hatte, wenn sie Hauspantoffeln trug, heftige Schmerzen an der Außenseite des Oberschenkels; diese wurden aber gemildert, sobald sie feste Schuhe anzog, der Fuß also eine festere Stütze hatte.

Auf eine entzündliche Reaktion des Nerven führt Petri das Leiden bei einem seiner Patienten zurück. Dieser stand den ganzen Tag an einem offenen Feuer, und zwar mit der Außenseite des linken Beines diesem am nächsten. Petri konnte bei diesem Manne unter der Haut im Verlauf des Nerv. cut. fem. lat. einen Strang mit einer Reihe von Knoten fühlen.

Eine andere Auffassung von der Ätiologie der Meralgia paraesthetica vertritt Lapinsky. Er hält die ätiologische Bedeutung einer primären Affektion des Nerv. cut. fem. lat. für falsch. Die Grenzen der Sensibilitätsstörungen fallen nicht mit dem Ausbreitungsgebiet dieses Nerven zusammen. Entweder ist nur ein kleiner Bezirk im Ausbreitungsgebiet des Nerven befallen oder die Störung reicht auch in das Gebiet des Nervus cruralis, obturatorius und ischiadicus hinein. Es handele sich immer um eine Affektion der Organe im unteren Abschnitt der Bauchhöhle oder der des kleinen Beckens. Zunahme der Störungen erfolge z. B. bei Verstopfung, zur Zeit der Menstruation, bei Exacerbation der

Appendicitis, bisweilen nach dem Geschlechtsakt. Eine Abnahme setze nach Verabreichung von Laxantien, nach Abschluß der Schwangerschaft ein. Anamnestisch konnte er feststellen, daß in allen Fällen die Erkrankung der erwähnten Organe der Meralgie vorausging, daß die verschiedenen Exacerbationen der örtlichen Prozesse im Unterleib oder im kleinen Becken bei Männern wie auch bei Frauen stets ein Anwachsen der Meralgiesymptome zur Folge hatten und diese nach erfolgreicher Behandlung der Prozesse in dem kaudalen Abschnitt der Bauchhöhle oder im kleinen Becken ganz plötzlich zurückgingen. Zum Beispiel traten nach einer gynäkologischen Massage (Retroflexio uteri fixata) die Symptome einer beiderseitigen Meralgie auf, und in einigen Fällen von sehr hartnäckiger Meralgie fielen die ersten Symptome mit sehr schmerzhafter Erektion während einer Gonorrhoe zusammen. Ein Nachlassen oder vollständiges Verschwinden der Symptome bewirkten Appendektomie, Operation der Hydro- und Varicocele. Es gäbe also keine primäre Erkrankung des Nervus cut. fem. lat., sondern es handele sich immer um eine Affektion der oben erwähnten Bauchorgane. Diese Organe stehen in nervöser Verbindung mit den die Blutzirkulation von L. II-IV regulierenden vasomotorischen Zentren und mit den genannten Segmenten des Lendenmarkes. Jene sind wohl in den mittleren und unteren Segmenten des thorakalen Rückenmarksabschnittes zu suchen, diese sind die sensiblen Kerne der Hinterhörner von L. I, II, III. Ein Krankheitsprozeß der erwähnten Organe beeinflusse diese Gefäßzentren und sensiblen Kerne. Die Mannigfaltigkeit der Symptome einer Meralgia paraesthetica erkläre sich daraus, daß die Organe des unteren Bauches und des kleinen Beckens sowohl mit dem Lumbalmark als auch mit dem Dorsalmark in Zusammenhang ständen. In einem Falle würden die durch das Gefäßspiel ausgelösten Schmerzen vorwiegen, im anderen wieder Hypästhesien, Dysästhesien und Paräthesien als Folge einer Reizung oder Hemmung dieser Zellketten der Hinterhörner. Lapinsky erwähnt noch, daß Pitres, Sabracès und Cabannes sich davon überzeugten, daß nach kräftigem Reiben der Haut die Sensibilität in den anästhetischen Zonen wiederhergestellt werde. Ein Abreiben der Haut ändert aber die Durchblutung

der betreffenden Hautstelle, und daher müsse man annehmen, daß bei der Meralgia paraesthetica eine Veränderung des Blutkreislaufes statthat.

Nach Mendel finden sich keine Gefäßveränderungen in dem befallenen Hautbezirk, während Wertheim der Ansicht ist, daß vasomotorische und sogar trophische Störungen vorkommen. In diesem Zusammenhang sei ein Fall von Götz erwähnt: im Gebiet der Meralgie trat ein Furunkel auf, der längere Zeit keine Neigung zur Heilung hatte und gar nicht schmerzhaft war, sondern nur als Fremdkörper empfunden wurde.

Dopter glaubt die Ursache der Erkrankung in einer Kongestion (venöser Stauung) der Vasa nervorum und in ihrer Zerrung und Spannung beim Gehen sehen zu müssen.

Zwei für die Ätiologie interessante Fälle seien noch erwähnt, die von Roch und Mozer und von Tobias. Im ersten Falle bekam eine Frau zwei Tage nach einer Schutzpockenimpfung am rechten Arm einen Herpes zoster im Gebiete des linken Nervus cut. fem. lat. und später eine typische Meralgie. Beim zweiten Fall handelte es sich um eine Patientin mit einer leichten Labilität des Kreislaufs. Dieser wurde von einem Zahnarzt eine Cocaindosis (0,05) verabreicht, nach der sich ein schweres Krankheitsbild entwickeltete: spastische Paraplegie beider Arme und Beine mit Patellar- und Fußklonus, aber ohne pathologische Reflexe, mit normaler Sensibilität, aber stark gestörtem Lagegefühl, Störung der Herztätigkeit mit wiederholten Kollapsen, absolute Schlaflosigkeit, Temperaturerhöhung. Zu diesen Symptomen kam nach etwa 10 Tagen eine Meralgia paraesthetica hinzu, ferner trophische Störungen an den Fingerbeeren.

Daß die Symptome der Meralgia paraesthetica eine große Mannigfaltigkeit zeigen, ist bekannt. Warda fand bei einem Fall folgendes: an der Außenseite des Oberschenkels Hypästhesie, Hypalgesie und Hypothermie. Nach längerer Reizung der Haut Auftreten von spontanen Schmerzen. In der Ruhe keine Schmerzen, sondern nur abnorme Empfindungen. Diese Symptome traten aber keinesfalls immer in ihrer Gesamtheit auf. Bernhardt beschreibt einen Fall, bei dem nur die Temperaturempfindung herabgesetzt war

und nach längerem Gehen sich Schmerzen einstellten. In einem zweiten Fall war nur eine Unempfindlichkeit der Haut bei Berührung vorhanden, derbes Anfassen der Haut war schmerzhaft. In einem dritten Fall war die Unempfindlichkeit der Haut sehr stark ausgeprägt. Schmerzen in der Ruhe traten nie auf. Bei einem Fall von Adler trat durch Liegen auf der befallenen Seite Hitzegefühl und starkes Brennen der Haut auf, und das Tast-, Schmerz- und Kältegefühl war im Bereich des mittleren Zweidrittels des Oberschenkels herabgesetzt. Auch nach längerem Gehen traten keine Schmerzen auf. Ein Patient von Köster empfand aber auch im Liegen und nicht nur bei längerem Stehen Schmerzen, und von Nartowsky berichtet von einem Mann, der weder beim Gehen und Stehen, noch beim Liegen von seinen erheblichen Schmerzen befreit wurde. Näcke konnte die Symptome an sich selbst sehr eingehend beobachten. Zuerst empfand er nach längerem Gehen und Stehen, als seien die Muskeln verkürzt und die Faszie abnorm gespannt. Schmerzen waren nicht vorhanden. Die Stelle am Oberschenkel erschien ihm beim Darüberfahren wie abgestorben, als sei eine fremde Haut darüber ausgespannt. Nach einigen Jahren, als er sich schon für geheilt hielt, empfand er nach längerem Gehen Ameisenlaufen, hauptsächlich im Bett beim Ausstrecken des Beines. Diese Erscheinung ging aber bald vorüber. Nach ungefähr einem halben Jahre hatte er im Bett bei strammem Ausstrecken des Beines und besonders bei Rotation nach innen das Gefühl, als würde die betreffende Gegend mit warmem Wasser bespült. Er empfand dabei kleine aber nicht unangenehme Stiche.

Nach Tobias findet man immer wieder den gleichen mehr oder weniger abgestuften Befund: schmerzhafte Parästhesien an der Außenseite des Oberschenkels, die sich sehr oft auf die Vorderseite erstrecken. Befallen ist hauptsächlich das mittlere und untere Drittel des Oberschenkels. Subjektiv bestehen Schmerzen und objektiv ist eine Hypästhesie und Hypalgesie nachweisbar. Gerade der Kontrast zwischen Schmerzhaftigkeit und Herabsetzung des Berührungs-, Schmerz- und Temperaturgefühls bedinge das Eigenartige, Charakteristische der Störung.

Über die Häufigkeit der Affektion wird verschieden berichtet. Bernhardt sah die Erkrankung mehr bei Männern, und viele Autoren sind derselben Ansicht. Hedenius dagegen behauptet, das Leiden komme mehr bei Frauen vor. Man findet aber in der Literatur entschieden mehr an Meralgie erkrankte Männer als Frauen. Schlesinger zählte von 112 Fällen teils aus der Literatur und teils aus eigener Beobachtung 88 Männer und 24 Frauen. Tobias sah mit einer Ausnahme die Affektion nur bei Männern.

Die Erkrankung ist nicht nur eine einseitige, es sind auch verschiedene Male doppelseitige Erkrankungen beschrieben worden (Freud, Köster), wenn diese auch wohl seltener vorkommen. Eine Angabe, ob die Erkankung mehr links oder rechts vorkomme, findet sich in der Literatur nicht Man hat jedoch bei einer groben Schätzung den Eindruck, daß weder das linke noch das rechte Bein besonders bevorzugt ist.

Von den meisten Autoren wird die Meralgia paraesthetica als eine Krankheit des 3. bis 6. Jahrzehntes bezeichnet. Nach Schlesinger waren unter 96 Fällen 11 über 60 und 2 über 70 Jahre. Tobias sah die Erkrankung mit einer Ausnahme nur im 5. bis 7. Jahrzehnt.

Der Verlauf des Leidens ist ein günstiger. Häufig tritt auch ohne Behandlung im Laufe der Zeit eine wesentliche Besserung ein. Die Affektion neigt aber zu Rezidiven. Liegt eine mechanische Schädigung des Nerven vor, so heilt in der Regel nach Beseitigung des schädigenden Agens die Erkrankung aus. Nach abermaliger Schädigung rezidiviert sie aber häufig. Auch ohne jedes ätiologische Moment kann ein Rezidiv auftreten. Bei Näcke trat dieses sogar nach 17 Jahren ein.

In der Freiburger Nervenklinik konnte ich fünf von Dr. Wartenberg beobachtete Fälle von Meralgia paraesthetica nachuntersuchen:

Fall 1. 58jähriger Mann: acht Jahre aktiver Soldat, 1914-18 im Kriege. Darauf zwei Jahre Schutzmann und dann bis 1924 Portier. 1917 hatte er Schmerzen im Rücken

und in den Beinen, und es bestand angeblich Verdacht auf eine chronische Veränderung der Wirbelsäule. 1919 lag er mehrere Monate wegen Muskelrheumatismus im Lazarett. Vor 7 Jahren traten zum ersten Male Symptome einer Meralgie auf. Er verspürte Ameisenlaufen, Stiche und Schmerzen an der Außenseite des rechten Oberschenkels. Diese Beschwerden traten anfallsweise zu allen Tageszeiten unabhängig von Ruhe und Bewegung auf. Vor vier Jahren litt er wieder unter einem schweren Muskelrheumatismus. Im letzten Winter hatte er einen Furunkel in diesem Hautbezirk, der sehr schmerzhaft war, aber normalen Heilungsverlauf hatte.

Befund 1932: Kräftiger Mann in gutem Ernährungszustand. Prompte Licht- und Konvergenzreaktion der Pupillen. Hirnnerven frei, Bauchdeckenreflexe vorhanden, Armreflexe schwer auslösbar. Der rechte Patellarreflex ist schwächer als der linke, und der rechte Achillessehnenreflex fehlt. Keine pathologischen Reflexe. Kein Romberg, keine Ataxie. Sensibilität o. B. Nur im Bereich des Nervus cut. fem. lat. befindet sich handbreit über dem rechten Knie eine handtellergroße Fläche an der Außenseite des Oberschenkels (Abb. 1), die als taub, aber auch als brennend bei Berührung angegeben wird. In diesem Hautbezirk ist die Kälte- und Wärmeempfindung herabgesetzt. die Tiefendruckempfindlichkeit ist etwas vermehrt. Grobes Anfassen der Haut wird nicht als abnorm schmerzhaft empfunden. Nadelstiche

Abb. 1.

werden kaum verspürt. Stumpf und spitz kann nicht unterschieden werden. Die Motilität des Beines ist vollkommen erhalten. Die Untersuchung des Blutes ergab einen stark positiven Wa., der Liquor ist normal. Die Wirbelsäule zeigt im Röntgenbild keine Veränderungen.

Als Ätiologie kommt in diesem Fall der Muskelrheumatismus, die luetische Infektion und eine mechanische Schädigung des Nerven durch vieles Stehen und Gehen in Frage. Vor 7 Jahren, nachdem Patient jahrelang Schutzmann und später Portier gewesen war, traten zum erstenmal die Beschwerden auf. Es ist anzunehmen, daß wohl erst durch die Überanstrengung des Beines das auslösende Moment für die Krankheit gegeben war. Für diese Ansicht spricht auch, daß der Patient noch jetzt nach längerem Gehen oder Stehen ein Kribbeln im Oberschenkel verspürt. Wieweit dabei die luetische Infektion und der Muskelrheumatismus eine Rolle spielen, läßt sich nicht mit Sicherheit entscheiden. Es wäre gewagt, hier die Meralgia für das Frühsymptom einer Tabes zu halten, denn der neurologische Befund reicht für die Diagnose: Tabes wohl nicht aus. Man kann auch nicht eine chronische Veränderung der Wirbelsäule anschuldigen, denn das Röntgenbild zeigt ein durchaus normales Bild.

Fall 2. 51jähriger Kaufmann. Mehrere Heilverfahren wegen Lunge und Hexenschuß. Sonst immer gesund gewesen, keine venerische Infektion, kein übermäßiger Alkoholgenuß. Seit 20 Monaten verspürt er ein Kribbeln im rechten Oberschenkel. Beim Hinsetzen wurde es besser. Vor zwei Monaten kam ein Brennen im Bein dazu.

Jetzt gibt er an, er habe immer nach vielem Laufen ein „komisches Gefühl" am rechten Oberschenkel gehabt, auch sei die Haut dort gefühllos gewesen. Er habe mit einer Nadel in die betreffende Hautgegend gestochen, aber nichts gespürt. Zu dieser Gefühllosigkeit kam dann noch ein Brennen hinzu. Wenn er das Bein dadurch entlastete, daß er den Körper nur auf dem linken Bein ruhen ließ, wurde das Brennen und die damit verbundenen Schmerzen sofort gemildert, und wenn er sich hinsetzte, verschwanden die Beschwerden ganz, nachdem er vorher ein Kribbeln, „wie wenn die Finger ein-

geschlafen sind", verspürt hatte. Seit vier Jahren leidet er stark unter Hexenschuß. Die erwähnten Beschwerden wurden durch Elektrisieren und Schwitzkastenbehandlung völlig behoben. Vor vier Wochen bekam er aber nach einer strammen Fußwanderung wieder ein taubes Gefühl in dem betreffenden Hautbezirk jedoch ohne Kribbeln oder Brennen. Das rechte Bein war etwas schwerer und müder als das linke. Die weitere Anamnese ergibt, daß Patient 35 Jahre lang täglich 30-40 Zigaretten rauchte, das Rauchen aber seit zwei Jahren gänzlich aufgegeben hat.

Der neurologische Befund ist völlig negativ. Sehnen- und Hautreflexe sind normal. Pupillen reagieren gut auf Lichteinfall und Konvergenz. Die Sensibilität ist vollkommen erhalten, auch am Oberschenkel bestehen keine sensiblen Störungen.

Aetiologische Momente sind hier Nikotinabusus, Überanstrengung und eine gewisse Disposition zu neuralgischen Schmerzen. Der auslösende Faktor war, wie im ersten Fall, vieles Gehen. Eine dadurch bedingte mechanische Schädigung liegt mit ziemlicher Sicherheit vor, denn nachdem durch Behandlung eine vollständige Heilung eingetreten war, traten jetzt nach einem anstrengenden Fußmarsch wieder leichte Beschwerden ein, die in der Ruhe sofort verschwanden.

Abb. 2.

Fall 3. Ein 35jähriger Arzt erwachte vor fünf Jahren nachts beim Schlafen in einem Hotelbett plötzlich durch einen heftigen Schmerz an der Außenseite des linken Oberschenkels,

als sei er „von einer Wanze gestochen". Seitdem hat er das Gefühl von Pelzigsein an einer bestimmten Stelle des linken Oberschenkels, die beim Daraufliegen schmerzt. Ein Darüberfahren mit dem Fingernagel wird auch schmerzhaft empfunden. Patient war nie krank, und die übrige Anamnese ist vollkommen o. B. Die neurologische Untersuchung (Abb. 2) ergibt nichts außer einer handtellergroßen Hautstelle an der Außenseite des oberen Drittels des linken Oberschenkels, die leichte Hypästhesie für alle Qualitäten zeigt. Starker Druck ist nicht schmerzhaft, ebensowenig Quetschen einer Hautfalte zwischen den Fingern. Die subjektiven Beschwerden sind bis jetzt dieselben geblieben.

In diesem Fall handelt es sich wohl ebenfalls um eine mechanische Genese. Ein während des Schlafes durch eine zufällig unglückliche Lage einige Stunden ausgeübter Druck auf den Nerv. cut. fem. lat. genügte, um diesen für Jahre zu schädigen, eine Erscheinung, die man z. B. am Nervus radialis gar nicht so selten sieht.

Fall 4. 44jährige Frau: als Kind Diphtherie, sonst immer gesund gewesen. Verheiratet, drei gesunde Kinder. Vor zwei Jahren bekam sie wegen Krampfadern „Spritzen" ins rechte Bein, die sie von dem Leiden befreiten. Vier Monate darauf trat eine gewisse Gefühllosigkeit eines bestimmten Hautbezirkes an der Außenseite des linken Oberschenkels auf, und bisweilen hatte sie das Gefühl, als würde der betreffende Hautbezirk mit heißem Wasser bespült. Beim Abrollen des linken Fußes während des Gehens empfand sie häufig einen durchschießenden Schmerz vom Fuß bis in den Oberschenkel Es lag Verdacht auf Senkfuß vor, aber eine Einlage im Schuh brachte ihr keine Erleichterung.

Bei der jetzigen Untersuchung gibt Patientin an, seit mehreren Jahren müsse sie nach längerem Sitzen oder ruhigem Stehen immer ihre Schuhe ausziehen, da ihre Füße anschwellen. Dann sei auch das Gefühl des Taubseins an der betreffenden Hautstelle des linken Oberschenkels weit stärker ausgeprägt. Wenn sie wieder aufstehe oder herumgehe, bekomme sie ein Kribbeln in jener Hautregion, und die Gefühllosigkeit werde weniger deutlich. Schmerzen und Brennen beständen nicht. Patientin erinnert sich, vor 23 Jahren in

den letzten Monaten ihrer ersten Schwangerschaft an der Außenseite des linken Oberschenkels ein Gefühl von Kälte und Pelzigsein gehabt zu haben, das nach der Entbindung ganz verschwunden war.

Der neurologische Befund ist normal. Nur am oberen Drittel der Oberschenkelaußenseite (Abb. 3) befindet sich ein etwas über handgroßer Hautbezirk, in dem die Empfindung für Nadelstiche herabgesetzt ist, leichte Berührung kaum empfunden wird und das Unterscheidungsvermögen von warm und kalt geringer ist. Starker Druck und grobes Anfassen der Haut wird nicht als abnorm schmerzhaft oder schmerzlos empfunden.

Abb. 3.

Nachdem die Frau einige Zeit gesessen hat, sah man eine deutliche Anschwellung beider Füße. Die oben beschriebenen Sensibilitätsstörungen waren intensiver geworden und erstreckten sich über einen etwas größeren Hautbezirk.

Hier hat wohl der schwangere Uterus auf den Nerv. cut. fem. lat. einen Druck ausgeübt, der zu den meralgischen Symptomen führte, welche nach der Geburt verschwanden. Die Ätiologie des Rezidivs ist nicht mit Sicherheit zu klären. Nach gynäkologischer Untersuchung kann ein pathologischer Prozeß der Organe des kleinen Beckens ausgeschlossen werden, ebenso nach genauem Ausfragen Überanstrengung, mechanische Schädigung, Kälteeinwirkung, Infektionskrankheiten, Lues oder dergleichen. Die Schwellung der Füße

nach längerem Sitzen oder längerem ruhigen Stehen weist aber auf einen ungenügenden Rückfluß des venösen Blutes aus den Unterextremitäten hin. Es kommt also zu einer venösen Stauung, die sich bis in die kleinsten Venenäste, vielleicht auch bis in die Vasa nervorum erstrecken kann. Wenn auch eine vorübergehende Stauung der Vasa nervorum bei einem normalen Nerven keine Reizerscheinungen hervorzurufen braucht, ist dieses bei einem durch eine frühere Affektion schon geschädigten und in seiner Widerstandskraft geschwächten Nerven wohl denkbar. Das Intensiverwerden der Sensibilitätsstörungen nach längerem Sitzen oder Stehen berechtigt zu der Annahme, daß den linken Nerv. cut. fem. lat. gehäufte Schädigungen treffen, die zu den jetzt bestehenden Meralgiesymptomen führten.

Fall 5. Ein 39jähriger Elektrotechniker kam vor 9 Jahren auf einem 10 m hohen Leitungsmast mit dem Starkstrom in Berührung, blieb hängen und wurde bewußtlos. Als man den Strom ausschaltete, fiel er herunter und trug eine Wirbelsäulenverletzung davon. Gleich nach Wiedererlangung des Bewußtseins empfand er am linken Oberschenkel Stiche und merkte, daß eine große Hautpartie unempfindlich war. Vor zwei Jahren kam ein Ameisenlaufen in der Hüftgegend dazu. Nach längerer angestrengter Arbeit verspürte er häufig einen plötzlichen heftigen durchschießenden Schmerz, „wie wenn man sich an einer bestimmten Stelle des Ellenbogens stößt".

Abb. 4.

Befund: Normale Haut- u. Sehnenreflexe. An der Außen- und Vorderseite des linken Oberschenkels (Abb. 4) befindet sich vom Knie

bis nahe an die Hüfte eine ca. 4 querfingerbreite Hautpartie, die eine ausgesprochene Anästhesie, Thermanästhesie und Analgesie aufweist. Derbes Anfassen der Haut wird gar nicht schmerzhaft empfunden, nur der Tiefendruck ist schmerzhaft. Subjektiv besteht nur ein Gefühl von Unempfindlichkeit. Der erste Hals- und der dritte Lendenwirbel zeigen im Röntgenbild eine Verwölbung nach außen.

Bei diesem Patienten liegt eine isolierte Verletzung des ganzen Nerven vor, die ihren Grund in dem Trauma der Wirbelsäule hat. Man könnte hier auch an eine Hämatomyelie denken, wie Bernhardt sie beschrieben hat.

Man gewinnt aus allen diesen Fällen den Eindruck verschiedener ätiologischer Schädlichkeiten. Mehrere Autoren glauben, zur Entstehung der Meralgia paraesthetica gehörten drei Momente: die anatomischen Bedingungen, die nervöse Disposition und der agent provocateur — Infektion, Trauma, Intoxikation. Die anatomischen Bedingungen, d. h. abnormer Verlauf des Nerv. cut. fem. lat. lassen sich in vivo nicht feststellen und sind daher klinisch als ätiologisches Moment nicht verwertbar. Nervöse Disposition stellten wir nur in zwei Fällen (Fall 1 und 2) fest, wenn man nicht überhaupt jedes auch nur einmalige Auftreten von neuralgischen Beschwerden als den Ausdruck einer gewissen nervösen Disposition gelten lassen will. In den beiden ersten Fällen war der auslösende Faktor langes Gehen oder Stehen. Da dieses die beiden Patienten mit ausgesprochener Neigung zu neuralgischen Beschwerden sind, gewinnt man den Eindruck, daß wohl nur bei nervös disponierten Menschen eine Überanstrengung der Beine zur einer Schädigung des Nerv. cut. fem. lat. führen kann. Mechanische Einflüsse, wie Kompression durch den schwangeren Uterus oder durch Druck von außen scheinen aber auch bei sonst vollkommen gesunden Menschen eine Meralgie auslösen zu können (Fall 3 und 4). Die Ätiologie in Fall 5 ist durch den Unfall genügend geklärt.

Für die Mannigfaltigkeit der Symptome ist bezeichnend, daß im Falle 5 bei geringen subjektiven Beschwerden der objektive Befund ein sehr ausgeprägter ist, während im Falle 1 der objektive Befund kaum in einem Verhältnis zu den starken Beschwerden steht. Teils überwiegen Schmerzen

und Brennen, teils wieder nur das Gefühl von Taub- und Pelzigsein. In allen Fällen besteht aber eine mehr oder weniger deutliche Hypästhesie, Hypalgesie und Hypothermie, die in der Mitte des befallenen Hautbezirkes immer am stärksten hervortreten Niemals war die Erkrankung mit einer Störung der Motilität oder Herabsetzung der Kraftleistung verbunden. Schmerzhafte Druckpunkte im Verlauf des Nerven wurden in keinem der Fälle gefunden. Vasmotorische und trophische Störungen der betreffenden Hautpartien konnten nicht festgestellt werden. Der normale Heilungsverlauf des Furunkels im Fall 1 deutet darauf hin. Eine Erkrankung der Organe des unteren Abschnittes der Bauchhöhle oder der des kleinen Beckens lag in keinem Fall vor. Es handelte sich immer um eine primäre Erkrankung des Nerven.

Das Leiden ist harmlos und der Behandlung mit Schwitzkasten und Diathermie leicht zugänglich. Oft verschwinden die subjektiven Beschwerden auch ohne Behandlung in kürzerer oder längerer Zeit. Nach Tobias bleibt auch bei subjektiver Heilung der objektive Befund derselbe. Wir sahen aber in einem Fall (2) ein vollständiges Verschwinden auch der objektiven Symptome.

Literatur.

Adler: Zur Kenntnis der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung. Neur. Zbl. **1897**, 682.

Benda: Zur Paraesthesie der Hautnerven am Oberschenkel. Neur. Zbl. **1897**, 256.

Bucelli: Jber. Neur. **1897**, 798.

Bernhardt: Über isolierte im Gebiete des Nerv. cut. fem. ext. vorkommende Paraesthesie. Neur. Zbl. **1895**, 244.

— Beitrag zur Lehre der Hämatomyelia traumatica. Neur. Zbl. **1900**, 198.

Chipault: Jber. Neur. **1900**, 733.

Donly: Jber. Neur. **1904**, 767.

Dopter: Jber. Neur. **1897**, 797.

Freud: Über die Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neur. Zbl. **1895**, 491.

Good: Ein Fall von Bernhardt'scher Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neur. Zbl. 1898, 57.

Götz: Jber. Neur. **1905**, 645.

Günther: Meralgia paraesthetica oder Bernhardt'sche Sensibilitätsstörung. Diss. Breslau **1926**.

Hedenius: Beitrag zur Kenntnis der Meralgia paraesthetica. Neur. Zbl. **1903**, 418.

Klimke: Die Meralgia paraesthetica. Dtsch. Z. Nervenheilk. **110**, 95 (1929).

Köster: Ein Beitrag zur Kenntnis der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neur. Zbl. **1897**, 252.

Lapinsky: Über Meralgie. Dtsch. Z. Nervenhk. **94**, 293 (1926).

Lasarew: Ein Beitrag zur Kenntnis der Meralgia paraesthetica anterior. Dtsch. Z. Nervenheilk. **34**, 194 (1908).

Libers: Zur Kenntnis der Bernhardt-Roth'schen Krankheit. Z. Neur. **33**, 204 (1916).

v. Luzenberger: Beitrag zur Ätiologie der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Neur. Zbl. **1896**, 1026.

Miller: Arch. int. Med. **2**, 182, (1911).

Näcke: Beitrag zu den isoliert auftretenden Paraesthesien im Gebiete des Nerv. cut. fem. ext. Neur. Zbl. **1895**, 338.

— Das Schicksal der isoliert auftretenden Paraesthesien im Gebiete des Nerv. cut. fem. ext. und über momentanes Heißwerden der Extremitäten. Neur. Zbl. **1912**, 370.

v. Nartowski: Ein Beitrag zur Kenntnis der Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung. Neur. Zbl. **1898**, 1082.

Navratzki: Ein Fall von Sensibilitätsstörung im Gebiete des Nerv. cut. fem. ext. Dtsch. Z. Nervenheilk. **17**, 23 (1900).

Oppenheim: Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 6. Aufl. **1913**. S. 600.

Pal: Wien. med. Wochenschr. **1901**, 357.

Petri: Riforma med. **1912**, 485.

Rosenheck: Neur. Zbl. **1926**, 426.

Sabrazès und Cabannes: Jber. Neur. **1897**, 974.

Tobias: Die Meralgia paraesthetica Roth-Bernhardt und ihre Behandlung. Z. physik. Ther. **39**, 207 (1930).

Traugott: Kasuistischer Beitrag zur Bernhardt'schen Sensibilitätsstörung am Oberschenkel. Mschr. Psychiatr. **3**, 416 (1898).

Warda: Ein Fall von Neuritis des Nerv. cut. fem. ext. Neur. Zbl. **1897**, 498.

J. K. A. Wertheim-Salomonson: Neuralgie des Nerv. cut. fem. lat. Handbuch der Neurologie. Hrsg. von Levandowsky, Spec. Neur. I, **31**.

Lebenslauf.

Ich, Bernhard Mennen, bin am 9. 10. 05 als Sohn des Kaufmanns Willem Mennen geboren. Ich bin preußischer Staatsangehöriger. Vier Jahre besuchte ich die Volksschule, dann 9 Jahre das humanistische Gymnasium in Emden. Nachdem ich dort meine Reifeprüfung abgelegt hatte, studierte ich Medizin, und zwar zwei Semester in Freiburg i. B., drei in Marburg, zwei in Bonn und die letzten drei wieder in Freiburg. Am 18. Juni 1930 bestand ich die ärztliche Prüfung an der hiesigen Universität vollständig.